

مرور واجد شرائط بودن

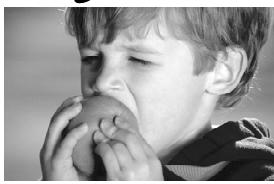
ELIGIBILITY REVIEW

سؤالات و جواب ها

اگر برای خواندن این تقاضانامه به کمک احتیاج دارید، لطفاً از منشی برای کمک درخواست کنید.



مساعدت نقدی



مساعدت غذائی



مساعدت پزشکی



مساعدت کلی برای کسانی که
توانایی کار کردن را ندارند



مراقبت در خانه پرستاران یا
زندگی همراه دریافت کمک

مکالمه متمم

س. چگونه برای مزايا تقاضا کنم؟

ج.

- تقاضانامه را پر کنید. آن را به اداره محلی خود تحویل دهید، یا پست کنید.
- اگر به کمک احتیاج دارید، در صفحه 2 مربع را علامت بگذارید.
- برای شروع به جریان اندختن تقاضانامه، نام و نشانی خود را ذکر کرده آن را امضاء کنید.
- اگر نشانی ندارید، متصدی را مطلع سازید.
- برای تکمیل فراشد تقاضانامه، صفحات 3، 4 را پر کنید.

س. مزاياي من چه زمانی شروع ميشوند؟

ج.

- برای مساعدت نقدی و پزشکی، مزايا هنگامی شروع ميشوند که شما تمام اطلاعاتی را که ما برای تصمیم گیری در مورد واجد شرایط بودن شما نیاز داریم، ارائه داده باشید.
- در مورد غذای ضروری، مزاياي شما از روزی که تقاضا میکنید، شروع ميشود.

س. اگر من فوراً به مساعدت غذائی احتیاج داشته باشم، چه میشود؟

ج.

- سئوالات شماره 1 تا 14 را پر کنید، و آن را به منشی ارائه دهید. اگر در اداره محلی نیستید، شما میتوانید این تقاضانامه را پست کنید یا به اداره محلی بیاورید.
- اگر نکات زیر صادق باشند، شما میتوانید در عرص پنج روز (5) از تاریخی که تقاضانامه شما را دریافت میکنیم، مساعدت غذائی دریافت کنید:

- مدرك هویت خود را نشان بدهید، و
- خانوار شماره ایامد یا منابع بسیار کمی دارد، یا
- درآمد و منابع خانوار شما برای کرایه ماهیانه و هزینه آب، برق با هم کافی نیستند، یا
- خانوار شما شامل مهاجر تهی دست یا کارگر مزرعه فصلی میباشد.

س. آیا میتوانم اطلاعات و خدمات ارجاعی را بدست بیاورم؟

ج.

- اگر درآمد شما بالاتر از حد اکثر درآمد ناخالص نیست، (WAC 388-478-0060)، شما اجازه دارید که از اطلاعات و تارنامه ما برای ارجاع، که اداره خدمات جامعه شما (Your Community Services Office) خوانده میشود، برای کمک به شما چه پیدا کردن خدماتی که شما و خانواده تان ممکن است نیاز داشته باشید، استفاده کنید. این تارنامه دارای اطلاعاتی در مورد برنامه های اداره و منابع موجود در جامعه میباشد که میتوانید از آنها بهره ببرید. برای استفاده از این تارنامه توسط هر کامپیوتری که به اینترنت دسترسی داشته باشد، به نشانی اینترنتی زیر رجوع کنید:

<https://wws2.wa.gov/dshs/onlinecso>

اطلاعات مهم در باره وضع مهاجرتی و شماره های سوشل سکیوریتی

- شما برای قسمتی از خانواده خود جهت دریافت مزايا میتوانید تقاضا کنید، حتی اگر بعضی از اعضاء خانواده بعلت وضع مهاجرتی ممکن است واجد شرائط نباشند. ایالت واشینگتن دارای بعضی از برنامه های پزشکی برای اشخاصی که شماره سوشل سکیوریتی یا دارای مدرك وضع مهاجرتی نیستند، میباشد.
- اگر به مساعدت نقدی یا مساعدت اشتغالی که تقاضا میکنید، لازم است که شماره سوشل سکیوریتی یا وضع مهاجرتی خود را ارائه دهید. شما هنوز بعنوان داوطلبانه میتوانید شماره سوشل سکیوریتی خود را ارائه بدهید و ما فقط برای اطلاعات لازمه چهت تعیین واجد شرائط بودن مانند، درآمد شما از آن استفاده میکنیم. اگر تصمیم بگیرید که شماره سوشل سکیوریتی یا وضع مهاجرتی خود را ارائه ندهید، اگر برای واجد شرائط شدن لازم باشد درآمد و منابع شما هنوز باید تأیید شوند.

اداره کشاورزی ایالات متحده (U.S. Department of Agriculture-USDA) تبعیض را بر اساس عوامل زیر در تمام برنامه ها و فعالیتها ممنوع میسازد: نژاد، رنگ پوست، جنسیت، مذهب، اصل ملیت، یا عقیده سیاسی. اشخاصی که دارای کارافتادگی هستند، و به وسائل متفاوت برای ایجاد ارتباطات اطلاعات برنامه (برل، چاپ درشت، نوار صوتی، وغیره) احتیاج دارند، باید با مرکز USDA TARGET CENTER با شماره 720-2600 (TDD) تماس بگیرند. برای اقدام به شکایت در مورد تبعیض، بانشانی زیر مکاتبه کنید

USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 14th and Independence Avenue S.W., Washington, D.C. 20250-9410 و USDA, يک کارفرما و تأمین کننده با فرصت‌های مساوی می باشد. یا با شماره تلفن 720-5964 (TDD) (صدا و



FOR OFFICE USE ONLY

DATE RECEIVED	INITIALS
---------------	----------

مرور واجد شرائط بودن

اگر برای تکمیل این تقاضانامه به کمک احتیاج داشته باشد، لطفاً این خانه را علامت بگذارید و تقاضانامه را به منشی بدهید.



2. شماره هویت مشتری (اگر وجود دارد)	امضاء (لازم است)	حرف نام وسط	نام خانوادگی	1. نام اول
4. شماره تلفن خانه یا پیغام	کد پستی	ایالت	شهر	3. نشانی خیابانی جائی که زندگی میکنید
6. شماره تلفن کار	کد پستی	ایالت	شهر	5. نشانی پستی (اگر فرق داشته باشد)
7. نشانی پست الکترونیکی	9. من برای نکات زیر تقاضا میکنم (هر کدام که شامل میشوند، علامت بگذارید): <input type="checkbox"/> غیر (طفاً فهرست کنید) <input type="checkbox"/> نقد <input type="checkbox"/> مرابت خانه پرستاران			
8. شماره تلفن همراه	<input type="checkbox"/> مساعد غذائی <input type="checkbox"/> درمان دارو-مخدره و الكل <input type="checkbox"/> مساعد پزشکی (زنگی همراه با کل یا مرابت در خانه)			
	10. چه مقدار پول انتظار دارید که خانوار شما را این ماه دریافت کند؟ _____			
	11. چه مقدار پول خانوار شما بصورت نقد یا در حساب بانکی دارد؟ _____			
	12. چه مقدار پول خانوار شما برای کرایه خانه یا وام خانه پرداخت میکند؟ _____			
	13. خانوار شما برای کدام یک از خدمات عام المنفعه (آب، برق، گاز، تلفن) پرداخت میکند <input type="checkbox"/> حرارت مرکزی / تهویه مطبوع <input type="checkbox"/> تلفن <input type="checkbox"/> غیر			
	14. آیا کسی در خانوار شما هست که کارگر فصلی یا کارگر مهاجر باشد؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر			

FOR OFFICE USE ONLY - Household eligible for expedited service: Yes No Screener's Initials: _____ Date: _____

15. من به مصاحبه از طریق تلفن احتیاج دارم برای اینکه، من: <input type="checkbox"/> سالمند هستم <input type="checkbox"/> از کارافتاده هستم <input type="checkbox"/> کار میکنیم <input type="checkbox"/> مشکلات دیگری دارم:
16. <input type="checkbox"/> من به مترجم احتیاج دارم. من به این زبان صحبت میکنم: _____ یا <input type="checkbox"/> مترجم زبان کر و لال می خواهم که نامه های من به این زبان نوشته شوند: _____
17. اگر برای مساعد غذائی تقاضا میکنید، در خانوار خود برای چند نفر غذا میخورد و تهیه میکنید؟ _____
18. در 30 روز گذشته، من پول نقد، غذا، یا مساعد پزشکی از ایالت ما منبع دیگری دریافت کرده ام: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
19. من یا شخص دیگری که برایش تقاضا میکنم، به جرم بزرگ مربوط به مواد مخدر در ایالت دیگری که پس از تاریخ 8/21/96 رخ داده است محکوم شده ام شده است. <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
20. من یا شخص دیگری که برایش تقاضا میکنم بعلت جرم بزرگی از رفت به دادگاه یا زندان از قانون متواتر هستم (هست): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر
21. من یا شخصی در خانوار من دارای نکات زیر هستیم (آنچه که شامل میشود علامت بگذارید): <input type="checkbox"/> حاملگی، تاریخ وضع حمل: <input type="checkbox"/> اورژانس پزشکی <input type="checkbox"/> اعلامیه رفع تصرف <input type="checkbox"/> قطع آب، برق یا عدم حرارت <input type="checkbox"/> وضع خشونت خانوادگی <input type="checkbox"/> از کارافتادگی (نوع را فهرست کنید): _____
22. اطلاعات زیر داوطلبانه میباشد و برای تعیین واجد شرائط شدن مزایای شما استفاده نمیشود.
گذشته قومی من هیسپانیک یا لاتین است: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر من خود را از نژاد علامت گذاشته شده میدانم (آنچه که شامل میشود علامت بگذارید): <input type="checkbox"/> سفید پوست <input type="checkbox"/> سیاه پوست یا آفریقائی آمریکائی <input type="checkbox"/> آسیائی <input type="checkbox"/> بومی هاوائی یا از جزیره نشینان دیگر اقیانوس آرام <input type="checkbox"/> سرخپوست آمریکائی یا بومی آلاسکائی، نام قبیله: <input type="checkbox"/> غیر (فهرست کنید): _____
23. تمام افراد در خانوار خود را فهرست کنید، حتی اگر برای آنها تقاضا نمیکنید (اگر لازم باشد صفحات اضافی را ضمیمه کنید).

جنسيت منذكر (م) مؤنث (ز)	برای غیر-متقادضیان انتخابی میباشد اگر تابعیت ندارید، آیا مدرکی برای نشان دادن وضع خود دارید؟ أرجي خير؟	تابعیت ایالات متحده أرجي خير؟	تاریخ تولد	آیا برای این شخص مزایا میخواهد؟ أرجي خير	این شخص با شما چه نسبتی دارد؟	نام (اول، نام وسط، خانوادگی)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	خود	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



شماره هویت مشتری	شماره سوشل سکیوریتی	نام متقاضی				
I. اطلاعات کلی						
1. تمام افرادی که برایشان تقاضا میکنم در ایالت واشینگتن زندگی میکنند: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری باشد (تاریخ را فهرست کنید): _____						
2. من یا شخصی در خانوار من بیگانه ضمانت شده است: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
3. شخصی موقتاً از خانه من نقل مکان کرده است: <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری باشد، چه کسی؟ _____						
4. من یا شخصی در خانوار من سرباز قدیمی یا وابسته یا همسر یک سرباز قدیمی هستم (میباشد) (زندگی یا فوت کرده باشد): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
5. من زندگی میکنم در: <input type="checkbox"/> خانه یا آپارتمان خودم <input type="checkbox"/> خانه خانوادگی افراد بالغ <input type="checkbox"/> خانه گروهی <input type="checkbox"/> تسهیلات (نوع را فهرست کنید): _____						
6. من هستم: <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> ازدواج کرده <input type="checkbox"/> طلاق گرفته <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> غیره:						
II. اطلاعات بیمه سلامتی یا Medical						
من یا ما (خانه مورد نظر را علامت بگذارید):						
1. مشکلات بهداشتی-درمانی دارم (داریم) که مانع کار کردن من (ما) است <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
2. صورت حساب های پزشکی پرداخت نشده دارم (داریم) <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
3. در مورد صورت حساب های پرداخت نشده پزشکی برای هر یک از سه (3) ماه گذشته، به کمک احتیاج دارم (داریم) <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
4. قصد دارم (داریم) وارد بشوم (بشویم)، یا اخیراً تسهیلات پزشکی را (مانند بیمارستان یا خانه پرستاران) را ترک کرده ام (کرده ایم) <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
5. بیمه سلامتی دارم (داریم) (از جمله بیمه Tricare یا بیمه مراقبت دراز-مدت) <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
6. Medicare دارم (داریم) (توجه: این چیزی که کوپون پزشکی خوانده میشود، نیست) <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
7. تصادفی داشته ام (داشته ایم) که به مراقبت پزشکی نیاز دارد <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
III. منابع						
اگر برای Medical کودکان یا فقط پزشکی حاملگی تقاضا میکنید، لازم نیست که این قسمت را تکمیل کنید.						
علاوه بر اقلامی که در زیر فهرست شده اند، نمونه های دیگر منابع عبارتند از: پول نقد، پولی که توسط دیگران حفظ میشود، فروش قرار دادها، چارپایان اهلی، محصولات کاشته شده، و ابزار کار و کسب.						
1. من، همسر من، یا شخصی که برایش تقاضا میکنم دارای منابع هستیم (هست): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر						
قیمت یا ارزش	منابع کجا هستند؟ (مثال: نام بانک)	منابع منابع چه شخصی است؟	قیمت یا ارزش	منابع کجا هستند؟ (مثال: نام بانک)	منابع منابع چه شخصی است؟	نوع منابع؟
\$		\$	\$			حساب (های) چک
\$		\$	\$			حساب (های) پس انداز یا تعاویز
\$		\$	\$			پس انداز سپرده (CD) یا پول در حساب (های) مانی مارکت
\$		\$	\$			حساب (های) مستمری سالیانه یا حساب اهانی (trust)
\$		\$	\$			سهام، اوراق قرضه، یا حساب های مشترک (mutual)
\$		\$	\$			وجوه بازنیستگی یا IRA
\$		\$	\$			وجوه تدفین، برنامه ها، یا زمین تدفین
\$		\$	\$			بیمه عمر
\$		\$	\$			مال
\$		\$	\$			غیره:
\$		\$	\$			غیره:
2. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم منبعی را در پنج (5) سال گذشته، فروخته ایم، معامله، کرده ایم، هدیه داده ایم، یا انتقال داده ایم (شامل میشود: انتقال ها به مال حساب امانی یا ماترک زنده): <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر اگر آری است، چه چیزی: _____ چه زمانی: _____						
3. من یا کسی که برای او تقاضا میکنم، اتوموبیل های (از جمله: ماشین باری، مینی بوس-وان، موتور بت، و تریلی) زیر را دارم (دارد):						
من (ما) هنوز روی این ماشین قرض دارم (داریم).	من (ما) این اتوموبیل را برای مقاصد پزشکی استفاده میکنم (میکنیم).	آیا این اتوموبیل lease شده است؟	آیا این اتوموبیل lease شده است؟	مدل (مثال: اسکورت)	ساخت (مثال: فورد)	سال (مثال: 1980)
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر			
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر			



IV. درآمد

1. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم، درآمد دارد: خیر اگر آری باشد، لطفاً این قسمت را تکمیل کنید:

مبلغ ناخالص دریافت شده (مبلغ دلار قبل از کسر مالیات) \$ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفت ماهی دوبار <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> ساعات هفته: تاریخ پرداختی ها (مثال: اول و 15-دهم ماه، یا هر جمعه):	نام و شماره کارفرما آیا این شغل آزاد است؟ <input type="checkbox"/> آری <input checked="" type="checkbox"/> خیر چه کسی درآمد را تهیه میکند:
مبلغ ناخالص دریافت شده (مبلغ دلار قبل از کسر مالیات) \$ هر: <input type="checkbox"/> ساعت <input type="checkbox"/> هفته <input type="checkbox"/> دو هفت ماهی دوبار <input type="checkbox"/> ماه <input type="checkbox"/> ساعات هفته: تاریخ پرداختی ها (مثال: اول و 15-دهم ماه، یا هر جمعه):	نام و شماره کارفرما آیا این شغل آزاد است؟ <input type="checkbox"/> آری <input checked="" type="checkbox"/> خیر چه کسی درآمد را تهیه میکند:

2. من، همسر من، یا شخصی که برای او تقاضا میکنم، کار خود را در 60 روز گذشته ترک کرده است. آری خیر

درآمد دیگر	چه کسی درآمد را کسب میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه	چه کسی درآمد را کسب میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه	چه کسی درآمد را کسب میکند؟	مبلغ ناخالص ماهانه
مزایای عدم اشتغال		\$		\$		\$
سوشل سکیوریتی		\$		\$		\$
درآمد متمم ایمنی (SSI)		\$		\$		\$
نفقه کودک یا ترمیم همسر		\$		\$		\$
بازنشستگی یا مقرری کار		\$		\$		\$
اداره سرباز قدیمی (Veterans Administration) یا ارتش		\$		\$		\$
کارگر و صنایع (Labor & Industries-L&I) یا مزایای بیمه، حساب امانی یا مقرری سالیانه		\$		\$		\$
حساب (های) مستمری سالیانه یا حساب امانی (trust)		\$		\$		\$
غیره:		\$		\$		\$

7. خارج ماهیانه

کرایه	وام	فضای کرایه شده	مخارج	مالیات بر مالک	ارزیابی ملک	مالیات بر مالک	مبلغ ناخالص ماهانه	چه کسی درآمد را کسب میکند؟
				\$	\$	\$	\$	

خدمات عام المنفعه (آنچه شامل میشود علامت بگذارید): برق (**نه حرارت**) تلفن حرارت (گاز، الکتریک، روغن) آب، فاضل آب، زباله شخص یا سازمان دیگری به من برای پرداخت تمام یا قسمتی از هزینه پناهگاه من کمک میکند: آری خیر
اگر آری باشد، چه کسی: مبلغی که آنها پرداخت میکند: \$

من (ما) پرداخت میکنم (میکنیم) یا قرار است که پرداخت کنم (کنیم) (آنچه شامل میشود علامت بگذارید):	<input type="checkbox"/> مراقبت کودک یا مراقبت شخص وابسته	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$		
	<input type="checkbox"/> نفقه کودک	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$		
	<input type="checkbox"/> صورت حساب پژشکی	مبلغ ماهیانه:	<input type="checkbox"/> چه کسی پرداخت میکند:	\$		

اعلامیه و امضاء

من خوانده ام (یا برای من توضیح داده اند): حقوق و مسئولیت هایم را و نسخه ای از DSHS 14-113(X) حقوق و مسئولیت‌های مشتری را دریافت کرده ام. من باید تغییرات را آنچنانکه از طرف اداره الزام آور است، گزارش بدhem. من باید مدرک واحد شرائط بودن خود را ارائه بدهem. DSHS ممکن است که به من برای دریافت مدرک کمک کند یا با اشخاص یا سازمانهای دیگر در موردآن تماس بگیرد. با دریافت مساعدت موقتی به خانواده های نیازمند-TANF (Temporary Assistance to Needy Families-TANF) یا مزایای مراقبت پژشکی، من حقوق بخصوصی را به کودک یا حمایت مراقبت پژشکی به ایالت واشنگتن واگذار میکنم. تحت جزای شهادت دروغ اعلام میدارم که اطلاعاتی را که در این تقدیمانه ارائه داده ام صحیح استتو درست میباشد، و در حدآگاهی من کامل است. بارخواست و دریافت مزایای مراقبت پژشکی، من (ما) حقوق خود را (ما را) برای حمایت مراقبت پژشکی و هر پرداختی به شخص ثالث برای مراقبت پژشکی جهت پرداخت خدمات پژشکی تحت پوشش، در حین دریافت مزایای مراقبت پژشکی به ایالت واشنگتن واگذار میکنم (میکنیم). من متوجه هستم که اگر از روی نادرستی پول نقد، غذا، یا مساعدت پژشکی دریافت کنم برای اینکه قصدآ بیانات نادرست کرده باشم یا قصدآ از کزارش چیزی که می بایستی کزارش میدارم قصور کرده باشم، تحت تعقیب قانونی قرار میگیرم. متقاضی فقط زمانی باید امضاء کند که برای غذای ضروری درخواست میکند. اگر برای پول نقد درخواست میشود یا کمک پژشکی، تمام اعضاء بالغ خانوار باید امضاء کنند.

امضاء متقاضی	تاریخ	امضاء متقاضیان بالغ دیگر	تاریخ	تاریخ
امضاء یاری دهنده یا نماینده	تاریخ	امضاء شاهد اگر با س "X" امضاء شده باشد	تاریخ	تاریخ

